

Department of Labor and Industries  
Claims Section  
PO Box 44291  
Olympia WA 98504-4291



# AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION

Nombre \_\_\_\_\_

Número de reclamación \_\_\_\_\_

No. de Seg. Soc. (sólo para identificación) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**A:**

Tiene autorización para darle al Departamento de Industria y Trabajo (Labor and Industries) o sus representantes, cualquier información que pueda tener respecto a mi estado de salud mientras estaba recibiendo su tratamiento. Además de sus observaciones, por favor incluya registros de historial médico, exámenes, consultas, informes de rayos X, estudios de laboratorio, informes quirúrgicos y de patología, notas de médicos y enfermeras, registros del hospital, diagnósticos, prescripciones o información de tratamiento respecto a cualquier enfermedad, lesión u otra afección de índole médica. Serán aceptables originales o copias fotostáticas.

Por favor libere todos los registros de tratamiento para: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Los datos que se deben revelar incluyen:

Atención psiquiátrica

Abuso del alcohol

Abuso de drogas

HIV/SIDA

y/u otros datos protegidos por las leyes federales.

\_\_\_\_\_  
(Firma)

Entiendo que estoy liberando estos registros de modo que el Departamento de Industria Trabajo (Labor and Industries) pueda administrar y procesar mi reclamación. Entiendo que esos registros se tratarán confidencialmente, de conformidad con las leyes del estado de Washington (RCW 51.28.070).

Tengo derecho a retirar esta autorización en cualquier momento en que lo desee.

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy

\_\_\_\_\_  
Firma

**\*Por favor, envíe la información a:**

**CLAIMS SECTION  
DEPARTMENT OF LABOR & INDUSTRIES  
PO BOX 44291  
OLYMPIA WA 98504-4291**

\*Nota: Para su conveniencia, la dirección se verá en un sobre de ventanilla.